

Please print all information clearly.
Complete in full and return to above address.

请清楚地打印所有信息
完整填写并返回到上述地址

For Office Use Only 限办公部门填写	Document No. • 文件编号	_____			Household No. • 家庭编号	_____
	Date Eligible • 符合资格日期	_____	_____	_____	Status • 状态	_____
	Date Entered • 输入日期	Day • 日	Month • 月	Yr. • 年	Entered by • 输入者	_____
	Date Approved • 批准日期	Day • 日	Month • 月	Yr. • 年	Approved by • 批准者	_____
		Day • 日	Month • 月	Yr. • 年		

LIST BELOW THE NAMES OF ALL OF PERSONS REGISTERING FOR HEALTH CARE COVERAGE •
下面列出了所有注册医疗保健的人员姓名

Name • 姓名			
Surname • 姓		First Name • 名	
Initials • 首字母缩写			
Birth Date • 出生日期	Sex (M/F) • 性别 (男/女)	Country and Province of Birth • 出生国家和地区	Personal Health Number • 个人健康号码
Day • 日	Month • 月	Yr. • 年	
Mailing Address • 邮寄地址			
Street • 街道	Apt# • 公寓#	P.O. Box • 邮政信箱	City/Town • 城市/城镇
Postal Code • 邮政编码	Telephone No. • 电话号码		
	Home • 家庭	Cell • 手机	Ø æ • 电子邮件
	()	()	
Mother Tongue • 母语	Official Language • 官方语言		Language Preference • 首选语言
	English • 英语	French • 法语	Neither • 都不是
Organ Donor • 器官捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否	Tissue Donor • 组织捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否
Signature • 签名: _____			

Spouse (Surname, First name, Initials) • 配偶 (姓氏、名字、首字母缩写)			
Surname • 姓		First Name • 名	
Initials • 首字母缩写			
Birth Date • 出生日期	Sex (M/F) • 性别 (男/女)	Country and Province of Birth • 出生国家和地区	Personal Health Number • 个人健康号码
Day • 日	Month • 月	Yr. • 年	
Mother Tongue • 母语			
Official Language • 官方语言		Language Preference • 首选语言	
	English • 英语	French • 法语	Neither • 都不是
Organ Donor • 器官捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否	Tissue Donor • 组织捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否
Signature • 签名: _____			

1. Dependant • 依赖者			
Surname • 姓		First Name • 名	
Initials • 首字母缩写			
Birth Date • 出生日期	Sex (M/F) • 性别 (男/女)	Country and Province of Birth • 出生国家和地区	Personal Health Number • 个人健康号码
Day • 日	Month • 月	Yr. • 年	
Mother Tongue • 母语			
Official Language • 官方语言		Language Preference • 首选语言	
	English • 英语	French • 法语	Neither • 都不是
Organ Donor • 器官捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否	Tissue Donor • 组织捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否
Signature • 签名: _____			

2. Dependant • 依赖者					
Surname • 姓		First Name • 名		Initials • 首字母缩写	
Birth Date • 出生日期		Sex (M/F) • 性别 (男/女)	Country and Province of Birth • 出生国家和地区	Personal Health Number • 个人健康号码	
Day • 日 Month • 月 Yr. • 年					
Mother Tongue • 母语		Official Language • 官方语言 English • 英语 French • 法语 Neither • 都不是		Language Preference • 首选语言	
Organ Donor • 器官捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上		Y • 是 / N • 否	Tissue Donor • 组织捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否	Signature • 签名: _____

3. Dependant • 依赖者					
Surname • 姓		First Name • 名		Initials • 首字母缩写	
Birth Date • 出生日期		Sex (M/F) • 性别 (男/女)	Country and Province of Birth • 出生国家和地区	Personal Health Number • 个人健康号码	
Day • 日 Month • 月 Yr. • 年					
Mother Tongue • 母语		Official Language • 官方语言 English • 英语 French • 法语 Neither • 都不是		Language Preference • 首选语言	
Organ Donor • 器官捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上		Y • 是 / N • 否	Tissue Donor • 组织捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否	Signature • 签名: _____

4. Dependant • 依赖者					
Surname • 姓		First Name • 名		Initials • 首字母缩写	
Birth Date • 出生日期		Sex (M/F) • 性别 (男/女)	Country and Province of Birth • 出生国家和地区	Personal Health Number • 个人健康号码	
Day • 日 Month • 月 Yr. • 年					
Mother Tongue • 母语		Official Language • 官方语言 English • 英语 French • 法语 Neither • 都不是		Language Preference • 首选语言	
Organ Donor • 器官捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上		Y • 是 / N • 否	Tissue Donor • 组织捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否	Signature • 签名: _____

5. Dependant • 依赖者					
Surname • 姓		First Name • 名		Initials • 首字母缩写	
Birth Date • 出生日期		Sex (M/F) • 性别 (男/女)	Country and Province of Birth • 出生国家和地区	Personal Health Number • 个人健康号码	
Day • 日 Month • 月 Yr. • 年					
Mother Tongue • 母语		Official Language • 官方语言 English • 英语 French • 法语 Neither • 都不是		Language Preference • 首选语言	
Organ Donor • 器官捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上		Y • 是 / N • 否	Tissue Donor • 组织捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否	Signature • 签名: _____

6. Dependant • 依赖者					
Surname • 姓		First Name • 名		Initials • 首字母缩写	
Birth Date • 出生日期		Sex (M/F) • 性别 (男/女)	Country and Province of Birth • 出生国家和地区	Personal Health Number • 个人健康号码	
Day • 日 Month • 月 Yr. • 年					
Mother Tongue • 母语		Official Language • 官方语言 English • 英语 French • 法语 Neither • 都不是		Language Preference • 首选语言	
Organ Donor • 器官捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上		Y • 是 / N • 否	Tissue Donor • 组织捐献 Over 16 only • 仅限16岁以上	Y • 是 / N • 否	Signature • 签名: _____

Residential Status • 居留身份

New Resident • 居留身份 Returning Resident • 返回居民 Armed Forces, Penitentiary • 武装部队, 监狱
 (Please indicate release date if any of the above apply) • (如果上述任何情况适用, 请注明释放日期)

_____ Day • 日 _____ Month • 月 _____ Yr. • 年

Province/Country of last residence • 最后居住的省份/国家

Mailing Address • 邮寄地址 City/Town • 城市/城镇 Country/Province • 国家/省份 Postal Code • 邮政编码

Former Provincial Health Care No. (if applicable) • 前省医疗保健编号 (如适用)

Reason for coming to Prince Edward Island • 来爱德华王子岛的原因

Full-Time Student • 全日制学生 Part-Time Student • 兼职学生 Employment • 就业 Other (Please specify) • 其它 (请具体说明)

Completion Date • 完成日期 _____

Length of stay on Prince Edward Island • 在爱德华王子岛停留的时间

Permanent • 长期的 Temporary (Please define) • 临时的 (请注明)

Date of arrival on Prince Edward Island • 抵达爱德华王子岛日期

_____ Day • 日 _____ Month • 月 _____ Yr. • 年

Citizenship Status (must attach supporting documents for each individual applying before applications may be processed) • 公民身份 (在处理申请之前, 必须附上每个申请者的证明文件)

Canadian Citizen (Please attach copy of former provincial health care card front and back if applicable or birth certificate) • 加拿大公民 (请附上前省医疗保健卡正反面的复印件 (如果适用) 或出生证明复印件)

Canadian citizen returning from another country (Please attach copy of Canadian passport) • 从其他国家返回的加拿大公民 (请附上加拿大护照复印件)

Landed Immigrant (Please attach copy of Confirmation of Permanent Residence document or both sides of Permanent Resident card) • 登陆移民 (请附上永久居留确认文件或永久居民卡的正反面复印件)

International Student (Please attach copy of Study Permit and proof of enrollment from designated learning institution) • 国际留学生 (请附上学习许可和对应学习机构的入学证明的复印件)

Working Visa (Please attach copy of Immigration record and Passport) • 工作签证 (请附上移民记录复印件和护照) Other (Please specify) • 其他 (请具体说明)

I hereby authorize the details of this application may be discussed with the Federal Department of Employment and Immigration Canada. • 我在此授权此申请表中的详细信息可与加拿大联邦就业和移民部进行讨论。

Signature • 签名 Signature of Spouse/Partner • 配偶/伴侣签名

Declaration • 宣言

I hereby state that I am legally entitled to remain in Canada, I am currently residing and making Prince Edward Island my primary residence and I understand that it is an offence to give false information in this application.

I hereby authorize the details of this application may be discussed with the Federal Department of Employment and Immigration Canada.

我特此声明, 我有合法权利留在加拿大, 我目前居住在爱德华王子岛, 并将其作为我的主要居住地, 我明白在此申请中提供虚假信息是一种违法行为。

我在此授权此申请表中的详细信息可与加拿大联邦就业和移民部进行讨论。

Signature • 签名 Signature of Spouse/Partner • 配偶/伴侣签名 Day • 日 Month • 月 Yr. • 年

Personal Health Card Application Guide • 个人健康卡申请指南

You are eligible for a PEI Health Card if you:

- are legally in Canada;
- reside on PEI on an annual basis and are present for at least six months plus a day each year, or,
- are a PEI resident studying full-time in another province.

A “resident” means a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present on PEI.

You are not eligible for a PEI Health Card if you are:

- a tourist, transient or visitor to PEI;
- a member of the Canadian Armed Forces;
- an inmate of a Federal Penitentiary; or
- a foreign student (certain exceptions apply).

如果您满足以下条件，您就有资格获得爱德华王子岛健康卡：

- 在加拿大合法居留；
- 居住在爱德华王子岛，并每年居住至少六个月加一天，或者，
- 在另一个省份全日制学习的爱德华王子岛居民

“居民”是指合法有权居住或留在加拿大，在爱德华王子岛安家并通常居住在加拿大的人

如果您属于以下情况，则您没有资格获得爱德华王子岛健康卡：

- 到访爱德华王子岛的游客、过境者或访客；
- 加拿大武装部队成员
- 联邦监狱的囚犯；或者
- 外国学生（某些例外情况适用）

1. What is your **mother tongue**? (The language you first learned)
2. If your mother tongue is neither English nor French, in which of **Canada's Official Languages** are you most comfortable?
3. What is your **preferred language** for service delivery?

Your preferred language of service will be displayed on your PEI Health Card.

This language information will help Health PEI plan for and deliver quality health care services.

1. 你的母语是什么？（您最初学习的语言）
2. 如果您的母语既不是英语也不是法语，您最习惯使用哪种加拿大官方语言？
3. 您希望提供服务的首选语言是什么？

您的首选服务语言将显示在您的爱德华王子岛健康卡上。

这些语言信息将帮助爱德华王子岛卫生局规划和提供优质的医疗保健服务。

An Organ and Tissue Intent to Donate Registry is a place for people to indicate and record their willingness to donate organs and tissues at the time of their death. **Organ** refers to lungs, heart, liver, kidneys, pancreas and small bowel. **Tissue** refers to skin, vein, eyes, bone and related structures, heart valves/pericardium.

You can be an organ and tissue donor if you are aged 16 or over and fully understand the nature and consequences of your donation. A **signature is required** for each individual to indicate their intentions regarding organ and tissue donation. Parents cannot sign on behalf of their child(ren).

Your organ and tissue donor decision will be displayed on your PEI Health Card. If, in the future, you decide to change your mind, you can update your intention by completing the Intent to Donate and Language Information form found here:

www.healthpei.ca/organandtissuedonation

For more information about organ and tissue donation, please call: 902-368-5920.

器官和组织捐献意向登记内容，是用来表明和记录人们在死亡时捐赠器官和组织的意愿的。器官是指肺、心脏、肝脏、肾脏、胰腺和小肠。组织是指皮肤、静脉、眼睛、骨骼和相关结构、心脏瓣膜/心包。

如果您年满 16 岁并完全了解捐献的性质和后果，您就可以成为器官和组织捐献者。每个人都需要签名以表明他们对器官和组织捐献的意图。父母不能代表他们的孩子签名

您的器官和组织捐献决定将显示在您的爱德华王子岛健康卡上。如果您将来决定改变主意，您可以在www.healthpei.ca/organandtissuedonation，填写捐献意向和语言信息表来更新您的登记内容

有关器官和组织捐献的更多信息，请致电：902-368-5920

Personal information on this form is collected under Section 8 (Registration of Entitled Persons) of Prince Edward Island's Health Services Payment Act (Regulations) and will be used to ensure a resident's entitlement in respect to basic health services. If you require additional information, please contact Medicare Services, 126 Douses Road, Montague, PE C0A 1R0, 1-800-321-5492.

本表格中的个人信息是根据爱德华王子岛省《健康服务支付法》（条例）第 8 条（权利人登记）收集的，将用于确保居民享有基本健康服务的权利。如果您需要更多信息，请联系 Medicare Services, 126 Douses Road, Montague, PE C0A 1R0, 1-800-321-5492